

### Consentimiento para que una/s Agencia/s sea/n Invitada/s a la Reunión de Transición

Estimado Estudiante Adulto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su reunión anual del IEP, que incluye la consideración de las metas post-secundarias necesarias y los servicios de transición, se llevará a cabo pronto. En la medida adecuada, debemos invitar a un representante de la agencia o agencias que puedan ser responsables de proveer o pagar por algunos servicios de transición. Para que nosotros podamos invitar a estos representantes de estas agencias a la reunión, necesitamos su consentimiento por escrito.

La/s agencia/s específica/s que quisiéramos que esté/n representada/s en su reunión de IEP es/son:

- Rehabilitación Vocacional
- División de Servicios para Personas con Incapacidades
- Departamento de Servicios de Fuerza Laboral
- Centro de Recursos para Incapacitados de \_\_\_\_\_  
(colegio)
- Otra agencia \_\_\_\_\_

Por favor firme abajo indicando su aprobación o su objeción para que esa agencia sea invitada a su reunión de IEP. Nos comunicaremos pronto con usted para indicarle la fecha y la hora de la reunión.

Sinceramente,

\_\_\_\_\_  
Encargado de Caso

\_\_\_\_\_  
Teléfono

#### Duración del consentimiento:

- Desde el 18<sup>vo</sup> cumpleaños del estudiante \_\_\_\_\_ hasta que el estudiante deje de ser elegible para servicios de educación especial.

*Marque uno*

- Yo **SI** doy mi consentimiento para que la agencia o agencias listadas arriba mencionadas sean invitadas a las reuniones de IEP. Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario y puedo anularla en cualquier momento antes de que las agencias identificadas sean invitadas a la reunión de IEP.
- Yo **NO** doy mi consentimiento para que la agencia o agencias listadas arriba mencionadas sean invitadas a las reuniones de IEP.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Firma de consentimiento indica que recibió una copia.*